

ENCONTRO MUSICAL: ESTRATÉGIA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM EM QUIMIOTERAPIA PARA DISCUTIR ADOECIMENTO/MORTE

MUSIC SESSION IN CHEMOTHERAPY: NURSING CARE STRATEGY FOR DISCUSSING ILLNESS/ DEATH

ENCUENTRO MUSICAL: ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN QUIMIOTERAPIA PARA DISCUTIR ADOLECER/MUERTE

Leila Brito Bergold^I
Roberta de Lima^{II}
Neide Aparecida Titonelli Alvim^{III}

RESUMO: Estudo descritivo realizado com clientes e familiares durante o encontro musical, estratégia de cuidado na quimioterapia para a comunicação dos participantes e a expressão dos sentimentos sobre adoecimento e morte. Objetivou-se analisar as concepções de clientes em tratamento quimioterápico e familiares participantes dos encontros musicais sobre a morte e os recursos utilizados para o seu enfrentamento. Foi aplicada pesquisa convergente-assistencial, sendo obtidos dados através de entrevistas individuais e grupos de convergência num total de oito encontros semanais com 27 sujeitos. Pesquisa realizada no Hospital Central do Exército, na cidade do Rio de Janeiro, em 2009. Os resultados apontam que os encontros facilitaram a expressão de crenças e sentimentos acerca do processo vida/morte, contribuindo para o enfrentamento da ansiedade na quimioterapia. O cuidado em oncologia deve abarcar a criação de espaços de compartilhamento que incluam atividades criativas como recurso para o enfrentamento da perspectiva de morte.

Palavras-chave: Enfermagem oncológica; música; quimioterapia; relações profissional-família

ABSTRACT: Descriptive research developed at the Central Army Hospital, in Rio de Janeiro, RJ, Brazil, 2009, with family and clients undergoing chemotherapy. The music session is a care strategy to encourage communication and expression feelings regarding illness and death. Its primary objective was to analyze participants' perceptions of death as well as their resources for coping with it. Data was obtained with Assistential-Convergent Research, through individual interviews and convergence groups with 27 subjects for 8 weekly meetings. Results show meetings facilitated the expression of beliefs and feelings about life / death, and contributed with mechanisms for coping with anxiety about chemotherapy. Oncology care should include the opening up of space for sharing creative activities for coping with death.

Keywords: Oncologic nursing; music; drug therapy; professional-family relation

RESUMEN: Estudio llevado a cabo con clientes y familiares durante el encuentro musical, estrategia de cuidado en la quimioterapia, para la comunicación de los participantes y la expresión de los sentimientos sobre adolecer y muerte. Se objetivó analizar las percepciones de clientes en tratamiento de quimioterapia y de familiares participantes acerca de la muerte y los recursos utilizados para su confrontación. Metodología: Investigación Convergente Asistencial, datos obtenidos a través de entrevistas individuales y grupos de convergencia en un total de 8 reuniones semanales con 27 sujetos. La investigación se realizó en el Hospital Central del Ejército, en la ciudad de Río de Janeiro-Brasil, en 2009. Los resultados indican que las reuniones facilitaron la expresión de las creencias y sentimientos sobre el proceso vida / muerte, lo que contribuye para enfrentar la ansiedad en la quimioterapia. La atención en oncología debe incluir la creación de espacios que incluyen compartir actividades creativas como un recurso para la confrontación de perspectiva de la muerte.

Palabras clave: Enfermería oncológica; música; quimioterapia; relaciones profesional-família.

INTRODUÇÃO

Uma questão que influencia negativamente o portador de câncer e sua família é o impacto psicológico produzido pelo diagnóstico, relacionado ao desconhecido e à possibilidade da morte^{IV}. Há uma refe-

rência implícita à morte por quem vivencia a doença e manter este assunto velado pode ser uma necessidade de distanciamento, na tentativa de desvencilhar-se desta possibilidade^I.

^IDoutora em Enfermagem. Musicoterapeuta com formação em Terapia de Família. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Campus Macaé. Macaé, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: leilabergold@gmail.com.

^{II}Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Enfermagem no Controle do Câncer pelo Instituto Nacional Câncer. Especialista em Promoção da Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Professora Assistente da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Campus Macaé. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: nursebeta@yahoo.com.br.

^{III}Doutora em Enfermagem. Professor Associado II do Departamento de Enfermagem Fundamental e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem/ Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Bolsista de Produtividade do CNPq. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: titonelli@globo.com.

^{IV}Recorte ampliado de tese de doutorado premiado com o 1º Lugar do Prêmio Rachel Haddock Lobo no 6º Simpósio Nacional – O Cuidar em Saúde e Enfermagem – ENFCUIDAR – 2012.

A equipe de saúde também pode apresentar dificuldade para lidar com a situação de morte devido ao vínculo formado com clientes em tratamento e seus familiares, que acarreta sofrimento no ato de cuidado². Contudo, compreender a complexidade do adoecimento pelo câncer pode promover abordagens sensíveis, desenvolvendo o cuidado não só na dimensão física, mas também psicológica, social e espiritual³.

É importante identificar os sentimentos que emergem durante o tratamento, acompanhando as alterações biopsicossociais a que fica sujeita a família⁴. Entretanto, o suporte aos clientes oncológicos ainda é exercido prioritariamente através de orientações e esclarecimentos sobre a doença e o tratamento⁵.

É imprescindível a divulgação de estratégias terapêuticas que incluam o apoio psicossocial, visando reduzir a angústia relacionada à morte durante o tratamento do câncer. Uma possibilidade é a utilização da música para promover bem-estar e reduzir o estresse por sua abrangência terapêutica e ser considerada como recurso para o cuidado em grupo e compartilhamento de experiências⁶.

Este artigo se propôs a abordar a perspectiva da morte na ótica de clientes e familiares durante o tratamento quimioterápico. Foi desenvolvido a partir de uma pesquisa-tese, durante a qual foi implementada a estratégia grupal de cuidado *encontro musical* (EM) com a finalidade de promover interação grupal, conforto e apoio aos participantes, através de música e conversa.

Este trabalho objetivou analisar concepções de clientes em tratamento quimioterápico e familiares participantes dos EM acerca da morte e os recursos utilizados para o seu enfrentamento.

REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo sustenta-se no paradigma da complexidade, compatível com o contexto oncológico, em que inúmeros fatores influenciam a assistência. Há complexidade onde quer que se produza um emaranhamento de ações e interações⁷, e esta faz parte das transformações paradigmáticas implicadas nas alterações gradativas dos pressupostos da ciência moderna, buscando evitar o pensamento reducionista do cartesianismo⁸. Nessa transição paradigmática aponta-se que não há realidade independente da linguagem, o mundo surge dinamicamente na relação com outros seres humanos. Construimos a linguagem e a nós mesmos nessa convivência, o que indica a importância da intersubjetividade⁹.

Essas mudanças trouxeram novas perspectivas à abordagem familiar, pois, através de conversa terapêutica, promove-se a intersubjetividade, na qual novos sentidos estarão continuamente evoluindo¹⁰. Essa visão é importante na condução de uma estraté-

gia em grupo, pois a enfermeira pode facilitar a conversa buscando estimular a interação e estabelecimento de vínculos.

O enfoque da complexidade também aponta a importância de estudos transdisciplinares que podem evitar uma abordagem reducionista em situações nas quais convergem vários fatores⁷. Esse é um estudo transdisciplinar que aproxima a enfermagem e a musicoterapia.

Na enfermagem, a abordagem fundamentou-se no *caritas processes* (CP), que concebe as experiências do viver humano como fenômenos com dimensões espirituais, filosóficas, éticas e morais. Os elementos do CP apontam que o cuidar efetivo promove reconstrução, saúde, crescimento individual e familiar e um sentido de totalidade¹¹.

A musicoterapia refere que a música, por estar presente no cotidiano, estrutura e ancora muitas situações vivenciadas. As experiências musicais trazem à consciência sentimentos relacionados às experiências vividas. Canções podem estimular lembranças fortes que, lembradas durante uma situação assustadora, podem auxiliar a pessoa a superar um momento difícil¹².

METODOLOGIA

A pesquisa convergente-assistencial (PCA), que busca beneficiar tanto o contexto assistencial quanto o da pesquisa na resolução de problemas e a realização de mudanças nas práticas de saúde¹³ mostrou-se adequada a este estudo. A PCA pressupõe o comprometimento do pesquisador com os sujeitos, sendo necessário desenvolver relação intersubjetiva entre enfermeiro e cliente que amplie a compreensão de suas necessidades¹⁴.

Realizou-se no Hospital Central do Exército, na cidade do Rio de Janeiro, em 2009, através das seguintes etapas. *Concepção*: baseada em experiências anteriores e revisão bibliográfica. *Instrumentação*: seleção das técnicas de produção de dados e imersão no cenário da pesquisa. *Perscrutação*: obtenção dos dados a partir de entrevistas e grupos de convergência. *Análise*: em conformidade com a análise de discurso francesa¹⁵ utilizando o relatório do *corpus* textual, gerado a partir da transcrição das falas dos participantes gravadas em MP4.

Os sujeitos foram 17 clientes com tipos variados de câncer e em estádios distintos e diferentes etapas da quimioterapia, alguns em tratamento paliativo; além de 10 familiares acompanhantes, totalizando 27 participantes de ambos os sexos, idade entre 24 e 79 anos.

Foram realizados oito EM, com duração aproximada de 1 hora, em dia fixo na semana. Cada sujeito participou no mínimo de 1 EM e no máximo de cinco encontros. Os grupos eram heterogêneos pela situa-

ção individual de adoecimento, e também pelos diferentes ciclos da quimioterapia. Contudo, pelas características integradoras da estratégia implementada, tais variáveis não se constituíram como obstáculos para a pesquisa e nem para a assistência.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital São Francisco de Assis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, protocolo número 068/2009, sendo respeitados os aspectos éticos dispostos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O anonimato dos sujeitos foi mantido através de siglas indicativas de sua condição de inserção na pesquisa: C (clientes) e F (familiar); e de gênero: M (masculino) e F (feminino), seguindo numeração por ordem de inserção no grupo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo grupal partiu da escolha de músicas pelos participantes, cantadas pelo grupo e enfermeira facilitadora. As músicas, além de promoverem relaxamento e descontração, também facilitaram a conversação. A intersubjetividade produzida pela discussão dos participantes dos grupos possibilitou interações através de referenciais compartilhados⁹. Estes versaram sobre temas relacionados à situação de adoecimento, do processo de vida-morte, e de crenças pessoais, religiosas ou não. Apesar de terem ocorrido manifestações religiosas durante o processo, os sujeitos não explicitaram relações entre morte e religiosidade. Por isso, este tema não foi abordado no estudo.

Durante as entrevistas realizadas previamente aos EM, alguns participantes afirmaram que preferiam não falar sobre a doença. Contudo, durante os EM diversos sujeitos abordaram espontaneamente esse tema, incluindo comentários sobre a morte. Apesar disso, estes não eram pronunciados em tom de tristeza, mas entremeados por narrativas sobre vida. Passou-se então a abordar o tema como processo de vida-morte, emergindo subtemas discutidos a seguir.

Narrativas e crenças acerca do processo vida-morte

Em alguns momentos, o enunciado sobre a morte partiu de uma música, como ocorreu com CF7 que após escolher a música - O que é o que é (Gonzaguinha) - afirmou que esta era um hino, explicando isso no seguinte trecho:

No sentido de vida, mesmo! E... Ou melhor, é bonita, é bonita, é bonita! [...] Eu acho que morrer é inevitável, não adianta! Deus não me prometeu vida eterna [...], mas estou muito feliz onde estou! Mas em nenhum momento... eu chorei por ter minha doença. Isso faz parte da minha vida... (CF7)

Nesse depoimento, a música possibilitou a expressão de pessoal de forma intensa, o discurso

polissêmico passou rapidamente da *vida é bonita* para *morrer é inevitável*, evidenciando a relação dual externada por alguns participantes, relacionando morte e vida.

Ser portador de câncer significa, para a maioria, caminhar com a morte anunciada, vivendo com as incertezas da doença. O discurso que envolve a morte quase sempre aparece velado, como forma de proteção para si mesmo e para os demais participantes desta relação^{2,16}.

O discurso metafórico de um depoente demonstrou posição ambivalente entre conformismo e luta ao comentar sobre a música escolhida - Deixa a vida me levar (Zeca Pagodinho):

A não ser que já chegue mesmo a hora da pessoa, aí a gente tem que se conformar, não é? Tem sempre que lutar para viver, lutar até o fim! Enquanto tiver força, tem que lutar. (CF1)

Tal discurso revela a necessidade de se conformar com a possibilidade de morrer frente à percepção do seu estado de saúde, ao tempo em que expressa o desejo de viver, de lutar até o fim. Esse discurso emocionado foi estimulado por sua escolha musical que promoveu reflexões sobre morte e esperança. A música pode promover momento de reflexão sobre os acontecimentos que influenciam a vida, além de fortalecer a fé em situações estressantes⁶. Através dela, abrem-se possibilidades de expressão e novas sensações, despertando a sensibilidade e mobilizando o indivíduo para a reflexão ou ação¹².

Poucos participantes se referiram diretamente à morte. Quase sempre as questões relacionadas ao tema acabavam circunscritas ao não dito ou às metáforas. Entretanto, o desejo de transformação do sofrimento foi expresso por canções e narrativas através das quais os participantes mostraram o seu empenho em viver, contrapondo-se ao medo da morte, fazendo circular a esperança nos EM.

O medo onipresente da morte é um sofrimento que deve ser aliviado. Expressar-se sobre ela é uma forma de dessensibilizar-se e reduzir a angústia. Assim, enfrentar a morte afasta a amargura, lidar com a morte não significa uma vida triste, mas emocionada¹⁷.

Essa perspectiva foi observada nos encontros; os participantes que falaram sobre a morte se mostraram mobilizados, mas procuraram não expressar isso de forma negativa, abordando em seguida alguma crença ou ideia que os ajudassem a enfrentar o momento:

Não tenho nada contra a morte não, é inevitável. E acho que a vida tem que ser assim! Os melhores momentos, tudo tem que ser assim. E eu acho que vou ter o prazer de poder dar mais valor agora. (CF7)

A vivência com uma doença terminal pode propiciar a perspectiva do viver de forma mais plena. Ao reconhecer a realidade da morte, os doentes ressaltam que só têm essa vida. Assim, pode-se aprender,

quando próximo à morte, a viver cada dia o mais plenamente possível¹⁸.

Continuando, a cliente ampliou sua concepção sobre vida-morte nesse mesmo encontro:

Então, isso para mim, sempre falei, 50, 60 anos, é presente de Deus. [...] Mas acho que as pessoas realmente têm que ter só uma vida. As pessoas que ficam se arrastando... dá trabalho no viver, sem dar trabalho para ninguém, que já trabalham. [...] Tem que ser como os elefantes, que eles... estão velhos... e vão cada um procurar sua tribo, se afastam do bando que é para a vida poder seguir. Eu acho que a vida... pelo menos acho assim, nada é eterno. (CF7)

Seu discurso ambivalente e metafórico, expresso nos fragmentos *ficam se arrastando* e *para a vida poder seguir*, refere-se respectivamente à dependência e à morte. Evidencia sua preocupação de ter seus movimentos diminuídos após a realização da mastectomia programada. É importante para a mulher mastectomizada manter a independência para continuar desempenhando suas atividades¹⁹.

A dificuldade em verbalizar sobre a morte pode estar relacionada ao medo da exposição dos sentimentos e conflitos²⁰. A preocupação com as possíveis reações da família frente à doença os deixam receosos de gerarem ainda mais ansiedade entre seus membros. Na visão dos clientes, muitas vezes, os familiares demonstram mais medo do câncer do que eles próprios. Assim, na tentativa de protegê-los, silenciaram-se, produzindo efeitos negativos nas relações familiares²⁰. Para dirimi-los, devem-se criar espaços que facilitem a comunicação interfamiliar, como ocorreu com a cliente que se dirigiu à filha, após desabafo sobre a reação das pessoas ao seu câncer:

É que as pessoas quando falam no câncer, elas falam que a gente está morrendo, entendeu? E não é por aí. [...] Pode morrer de outra coisa ainda. Tem pessoas que a gente conhece que estão com 25 anos e tem esse mesmo problema e estão aí [...] Eu sei que vou morrer um dia. Não é por isso que vou passar o dia chorando. Gente, não tenha pena, um dia eu vou morrer! Minha filha... (falou como se fosse se dirigir a ela, mas calou-se). (CF8)

O não dito ao final aponta a dificuldade de comunicação com a filha, revelando o tabu que circunda o tema. Anuncia muitas vezes a preocupação e o medo da exposição de seus sentimentos, em uma forma de proteção aos que os acompanham²¹. A preocupação com a morte dos familiares também foi evidenciada:

Mas ele, a princípio, e a família com os irmãos, a minha cunhada quando viu ele aí dentro do hospital, achou que ele ia morrer! Foi difícil pra gente chegar até aqui. [...] Eu só pedia a Deus para ele aguentar até ele fazer o tratamento. Eu achava que Deus não devia permitir que ele morresse sem tratamento. Entendeu a minha agonia? Era que ele conseguisse chegar ao tratamento. (FF6)

Sua narrativa, seguida de choro, revela o impacto emocional relacionado à vivência com o câncer, o que

evidencia o potencial dos EM para promover o desabafo. Além disso, para facilitar o compartilhamento de sentimentos e experiências, como ocorreu com outro depoente, dirigindo-se a uma cliente que estava calada e tensa por iniciar a quimioterapia:

Eu acho que isso que ela está sentindo é normal! É a situação que ela tem. Essa... Essa coisa, porque afinal de contas isso é... um tapa na base do crânio! Você descobre que está com um problema sério desses, você sente logo que vai ficar meio para baixo... porque você está esperando o pior... (CM6)

Ele se referia ao impacto psicológico que ocorre no momento da descoberta do câncer, que requer tempo para ser elaborado por estar vinculado à perspectiva de sofrimento e morte²². Em demonstração de apoio e estímulo, o mesmo cliente prosseguiu:

Você tem que reagir. Tem que encarar de frente, e vamos embora, vamos brigar! Enquanto tiver vida, há briga, não é? [...] Põe pra fora! Tem que botar pra fora. (CM6)

Esses fragmentos dialógicos mostram o não dito ao usar a expressão *você fica esperando o pior*, expondo o seu medo da morte; porém, utilizou a paráfrase relacionada ao senso comum de que é importante desabafar para manter a saúde. Isso aponta a importância do suporte social, pois há um significado especial em encontrar outras pessoas que vivem a mesma experiência. Os grupos são eficientes para melhorar o ajustamento psicossocial do paciente com câncer frente à doença, pela troca de experiências que favorece o seu enfrentamento, encoraja a autoconfiança e a esperança¹⁹.

Um dos elementos do *caritas processes* ressalta a importância de abrir-se para o mistério-espiritual e as desconhecidas dimensões existenciais da vida-morte, estando atento aos cuidados da alma¹¹. Estar disponível para conversar sobre assuntos relacionados não só à doença ou morte, mas ao desejo do indivíduo é uma das formas de valorizá-lo. A adoção desta prática pode contribuir com a construção de relações terapêuticas que permitam aliviar a tensão inerente à gravidade da condição e proteger a individualidade, dignidade e valores pessoais²³.

Enfrentamento da perspectiva da morte

Os EM também promoveram a expressão sobre os recursos utilizados para o enfrentamento da perspectiva de morte, revelada principalmente no interdiscurso de dois clientes que faleceram alguns meses após a pesquisa, conforme é enunciado a seguir:

Depois do diagnóstico, eu mesmo tive uma crise de pânico, depois caí na real. Enquanto eu puder ter a minha vida normal, eu vou ter! Até a hora que eu ficar em uma cama e não puder ter mais! E principalmente, não ficar o dia inteiro pensando nisso! Está provado que quando se encaixa com uma coisa o cérebro libera uma substância que acaba com a imunidade da pessoa! E essa doença requer que a pessoa tenha uma imunidade alta. (CM12)

Quando inquirido sobre o que fazia para não viver e pensar apenas na doença, o mesmo cliente respondeu:

Bom, tenho a companhia da minha mulher e do meu filho, e tenho dois hobbies... A música e o computador. [...] A fuga é importante. A pessoa foge não sabe o porquê. Normalmente porque tem uma fobia, tem medo. A pessoa bloqueia. Agora, o hobby não, o hobby ajuda, a pessoa procura o hobby, cria o hobby. [...] Seja eu conversando com meus amigos pela Internet, seja eu organizando algo no computador [...]. Eu estou fazendo isso porque eu quero... porque eu me sinto bem fazendo aquilo. Agora, se eu fico da sala para a cozinha, da cozinha para a sala [...] eu estou fugindo de alguma coisa. (CM12)

Esse cliente traçou um paralelo entre o *hobby* e a fuga para deixar claro que este não era uma forma de fugir da doença, mas uma prática criativa e produtiva que lhe trazia prazer. Para ele, o que o ajudava no enfrentamento da doença era manter a atividade física e mental. Portadores de câncer sentem prazer e bem-estar ao realizarem alguma atividade, como se demonstrassem para si mesmos que são capazes de enfrentar as limitações impostas pela doença²¹.

Este tema mobilizou o grupo:

Eu acho que essa é uma realidade! Porque eu acho que se a pessoa se entregar e não arranjar um jeito de se libertar e jogar aquilo que ele está sentindo para fora, só tende a complicar. Se ele não pode exercer uma atividade normal, então ele vai procurar um sistema... (CM6)

Substitutivo! (CM12)

É isso aí! Procurar se movimentar, procurar arranjar um meio de esquecer esse... problema que tem na cabeça. Porque quando está fazendo alguma coisa, você se distrai com o que está fazendo. Pode ser um hobby, como ele diz, mas também pode ser uma atividade física qualquer... (CM6)

*Tem que procurar fazer alguma coisa para mudar! Se ficar parado sem fazer nada, o ditado já diz: *‘Mente vazia é a oficina do diabo, não é?’* Tem que procurar fazer alguma coisa! Ver uma televisão também distrai a mente... (FM7)*

A interdiscursividade destes enunciados traz uma importante contribuição dos sujeitos para o contexto oncológico, pois apontam que pensar constantemente na doença e/ou na perspectiva da morte não traz benefícios, senão depressão e ansiedade, diminuindo a capacidade de enfrentamento do câncer. Conforme anunciaram, uma alternativa saudável seria ocuparem-se de uma atividade agradável que os ajudasse a distrair e que lhes possibilitasse a expressão da criatividade, trazendo uma perspectiva mais leve na quimioterapia e em outros ambientes de tratamento oncológico. Além da música, outras expressões artísticas podem dar um sentido ao tempo ocioso, resultando em esperança e alegria de viver²⁴.

Se é importante criar espaços nos quais se pode falar sobre a doença e morte, também o é criar outros

para a discussão de diferentes temas, se assim os participantes desejarem. Abordar assuntos diversos, não tendo a doença como tema central, é saudável, pois possibilita ao enfermo expandir-se, não ficando restrito ao seu sofrimento, deslocando-se da doença para o cotidiano^{6,21}. Desse modo, o cuidado expressivo contribui para a autonomia do sujeito, ao estimular que este explore as opções, escolhendo a melhor ação para si¹¹.

Você tem que aproveitar, você está vivo, tem que fazer o que você quer. Agora que está terminando a quimioterapia, eu vou à cidade, eu vou ao shopping... que eu já perdi minha roupa [...] Gente! Eu tirei o seio... (abaixa o tom de voz) tirei o seio todo (volta a falar no tom normal) Tudo bem, mas o cérebro está aqui! Eu vou ficar sentada esperando a morte? (CF16)

Durante sua participação no EM, essa cliente falou bastante tempo sobre sua vida e de como se esforçou sozinha para criar seus filhos. Frequentemente as pessoas só reconhecem seu próprio valor no final da vida, e é necessário ajudá-las a se darem conta de que são capazes de ações que contribuem com a felicidade delas mesmas e dos que as cercam.¹⁸ Há uma conexão entre seu depoimento e o pressuposto de que o medo da morte advém da ideia do desaparecimento não só da pessoa, mas de sua história. Então, reviver o passado é um encorajamento vital, pois a transitoriedade é detida ainda por um tempo¹⁷.

Diversos participantes mostraram a necessidade de reviver suas histórias, reafirmando a vida e atribuindo-lhe sentidos que promoveram a autorrealização. Assim, os encontros também se relacionaram, intimamente, a outro elemento do CP: estar autenticamente presente para possibilitar/sustentar/respeitar o profundo sistema de crença e mundo subjetivo do outro¹¹.

A utilização da música como recurso terapêutico junto a doentes e seus familiares podem ser uma alternativa de sensibilização do indivíduo e dos que o rodeiam, preparando-os para lidar com as etapas do tratamento. A música, por constituir um recurso de comunicação, pode promover relação interpessoal, agindo como facilitadora do discurso, viabilizando o atendimento de necessidades emergentes²⁵.

CONCLUSÃO

O processo de co-construção desta estratégia de cuidado com os clientes e familiares promoveu a possibilidade destes se expressarem, se acolherem mutuamente e se integrarem, criando uma rede de apoio. Possibilitou também que os sujeitos pudessem se pronunciar de acordo com suas necessidades e desejos acerca do processo de vida-morte, convertendo-se em momento importante para entrar em contato com seus sentimentos, identificá-los e refletir sobre eles. As narrativas, amparadas pelas músicas, proporcionaram a oportunidade de troca de experiências acer-

ca de recursos para o enfrentamento do adoecimento e da perspectiva da morte.

O processo de cuidar-reconstituir se baseia em uma ética de relacionamento e consciência que se ancora na mudança de visão de si e do outro, na procura de modelos próprios de cuidar. Contudo, estratégias de cuidado como essas ainda permanecem centradas em interesses isolados. Devem-se considerar caminhos que possam efetivamente tornar tais iniciativas institucionalizadas e inseridas nas políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Trincaus MR, Corrêa AK. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. *Rev esc enferm USP* 2007; 41:44-51.
2. Sousa DM, Soares DO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente, ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto contexto - enferm*. 2009; 18:41-7
3. Santos MCL, Pagliuca LMF, Fernandes AFC. Cuidados paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15:183-88.
4. Barreto TS, Amorim RC. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(3):462-7.
5. Frigato S, Hoga LA. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. *Rev Bras de Cancerologia*. 2003; 49(4):209-14.
6. Bergold LB, Alvim NAT. A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2009; 13:537-42.
7. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006.
8. Esteves de Vasconcellos MJ. Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência. 3ª ed Campinas (SP): Papirus; 2003.
9. Maturana HR. Ciência e cotidiano: a ontologia das explicações científicas. In: Watzlawick P, Krieg P, organizadores. *O olhar do observador*. Campinas (SP): Editorial Psy II; 1995. p.163-98.
10. Goolishian H, Anderson H. Narrativa e self: alguns dilemas pós modernos da psicoterapia. In: Schinitman D, organizadores. *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre (RS): Artmed; 1996. 191-9.
11. Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado (USA): University Press of Colorado; 2008.
12. Ruud E. *Music therapy: improvisation, communication and culture*. Barcelona (Es): Publisher; 1998.
13. Trentini M, Paim L. *Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem*. Florianópolis (SC): Insular; 2004.
14. Turley AB, Hofmann GC, organizadores. *Life style and health research progress*. New York: Nova Science Publishers; 2008.
15. Orlandi EP. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. 4ª ed. Campinas (SP): Pontes; 2003.
16. Lima R. *A representação social das mulheres sobre o câncer de mama: implicações para o cuidado de enfermagem*. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
17. Yalon ID. *De frente para o sol: como superar o terror da morte*. Rio de Janeiro (RJ): Agir; 2008.
18. Kübler-ross E, Kessler D. *Os segredos da vida*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.
19. Bergamasco RB, Angelo M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Rev Bras de Cancerologia* 2001; 47(3):277-82.
20. Silva CN. *Como o câncer (des)estrutura a família*. São Paulo: Annablume; 2000.
21. Mercês NN, Marcelino SR. *Enfermagem oncológica: a representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio*. Blumenau (SC): Nova Letra; 2004.
22. Bervian PI, Girardon-Perlini NM. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Rev Bras de Cancerologia*. 2006; 52(2):121-8.
23. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev esc enferm USP* 2007; 41:668-74.
24. Barbosa IC, Santos MC, Leitão GC. *Arteterapia na assistência de enfermagem em oncologia: produções, expressões e sentidos entre pacientes e estudantes de graduação*. *Esc Anna Nery*. 2007 jun; 11:227-33.
25. Sales, CA; Silva, VA; Pilger C; Marcon SS. *A música na terminalidade humana: concepções dos familiares*. *Rev esc enferm USP* 2011; 45:138-45.